

学校伝染病罹患証明書

()年()組

生徒氏名 ()

1. 学校伝染病名

2. 罹患期間

令和 年 月 日 ~ 月 日

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

病院名

病院住所

医師氏名

印